

WAD : Endocrinologisch onderzoek.

Wanneer is het aangewezen een endocrinologisch onderzoek te laten uitvoeren? Het is duidelijk dat de ernst van het trauma niet bepalend is. Slachtoffers die in diepe coma zijn geweest hebben frequenter maar procentueel niet meer hormonale tekorten dan slachtoffers met lichtere hersenletsels...

Gezien het uiterst frequent voorkomen van whiplash, is een hormonale oppuntstelling enkel nuttig indien zeer uitgesproken klachten aanwezig zijn en blijven:

- minstens zes maanden na de whiplash
- extreme moeheid en uitputting
- cognitieve disfuncties
- slechte levenskwaliteit
- uitvallen van hormonale functies

Elk hormonaal tekort kan gesubstitueerd worden. Raadpleeg hiervoor een endocrinoloog. Hoe moeilijk ook, de diagnose stellen van een endocrien tekort is primordiaal vermits er een adequate hormonale behandeling bestaat die de klachten in belangrijke mate kan opvangen.

Onderzoeken hebben aangetoond dat de levenskwaliteit toeneemt, werkhervatting mogelijk is en de ongunstige lichaamssamenstelling verbetert. Het is dan ook belangrijk dat dit endocrien gevolg van traumatisch hersenletsel beter herkend wordt zowel door de medische wereld als door het publiek.



Aanslepende klachten na een ongeval?

Hebt u meer dan 1 jaar na een (vrij ernstig) hersenletsel* nog last van

- * abnormale vermoeidheid
- * concentratieproblemen
- * geheugenstoornissen
- * verminderd libido
- * onregelmatige menstruatiecyclus
- * abnormale vettoename t.h.v. de buik
- * verminderde spierkracht
- * verstoorde cholesterol

* een ongeval, whiplash, sportongeval of een ernstige val waarbij u eventueel tijdelijk bewusteloos was

Spreek erover met uw arts.
Hij/ Zij kan oordelen of een hormoontest noodzakelijk is.

Hersenletsel of traumata ter hoogte van het hoofd kunnen aanleiding geven tot beschadiging van de hypothalamus. Deze beschadiging kan tot de onderkant van de hersenen is met verantwoordelijk voor onze hormoonhuishouding (d.w.z. schildklierhormoon, streekhormoon, groei-hormoon en seksuele hormonen). In 30% van traumatische hersenletsel gevallen de eventuele beschadiging niet spontaan. Ze kunnen dan een herstel en levenskwaliteit nadelig beïnvloeden. In overleg met uw arts kan u eventuele tekorten laten opsporen en behandelen indien nodig. Uw arts kan u ook in contact brengen met follow-up.

www.whiplash.nl
info@wageningen.nl
www.wageningen.nl



Hypofyseproblemen na acuut letsel van de hersenen

Patricia Arnouts

Trauma's van de hersenen zijn een belangrijke oorzaak van sterfte en handicap bij jonge mensen. Een subarachnoidale bloeding door ruptuur van een aneurysma is dan weer een aandoening die vooral cardiovasculair belaste personen van middelbare leeftijd treft. Sinds kort groeit het besef dat hypofysedisfunctie na dergelijke letsels van de hersenen vaker voorkomt dan gedacht. Omdat deze complicatie behandelbaar is en een invloed heeft op de prognose, is het belangrijk hier aan te denken bij elke patiënt die een matig tot ernstig letsel van de hersenen heeft opgelopen.

arachnoidale bloeding een gevolg van ruptuur van een intracraniaal aneurysma (1).

Elke patiënt is anders

Veel overlevenden van een acuut hersenletsel houden er ernstige gevolgen aan over. De mogelijke combinatie van fysieke letsels, handicaps en cognitieve problemen met de daaruit volgende psychosociale consequenties maakt dat elk hoofdtrauma verschillend is. De laatste jaren hebben verschillende systematische studies uitgewezen dat hypopituitarisme, het verminderd functioneren van de hypofyse, een frequente verwikkeling is van een hersentrauma (een geïsoleerde of gecombineerde hypofysaire deficiëntie treedt op in 35% van de patiënten) of van een subarachnoidale bloeding (een geïsoleerde of gecombineerde hypofysaire deficiëntie treedt op in 48% van de patiënten) (2). De symptomen van hypopituitarisme worden niet zelden gemaskeerd door de andere symptomen van acute hersenletsels, wat de diagnose bemoeilijkt. Hierdoor wordt de diagnose vaak laattijdig gesteld (3).

Acute letsels van de hersenen

Traumatische letsels van de hersenen kunnen bijvoorbeeld voorkomen na een verkeersongeval, whiplash, sportongeval, mishandeling of een ernstige val. Ongeveer 235 personen per 100.000 per jaar hebben een traumatisch letsel van de hersenen. Een andere oorzaak van een acuut letsel van de hersenen is een subarachnoidale bloeding. Dit tast 6 tot 10 personen per 100.000 per jaar aan. Heel vaak, in ongeveer 85% van de gevallen is een spontane sub-

De hypofyse

De hypofyse bestaat uit een voorkwab en een achterkwab, respectievelijk de adenohypofyse en neurohypofyse. De neurohypofyse maakt de hormonen oxytocine en ADH aan. De voorkwab staat in voor de productie van ACTH, FSH, LH, prolactine, TSH, MSH en groei hormoon. De hypofyse wordt gecontroleerd door de hypothalamus en krijgt feedback van de organen waarop de hormonen inwerken. De hypofyse beschikt over een poortadersysteem, net

Hormoondeficiëntie	Symptomen	Klinische vaststellingen
Groeihormoon	Anergie, geringe levenskwaliteit	Osteoporose, viscerale obesitas, verminderde magere lichaams-massa, dyslipidemie
LH/FSH (geslachtshormonen)	Oligomenorroe of amenorroe, seksuele disfunctie, stemmingsstoornissen, verminderde kracht	Verlies van secundair haar, verminderde spiermassa en inspanningstolerantie (mannen), osteoporose, onvruchtbaarheid (mannen en vrouwen)
ACTH (corticosteroiden)	Levensbedreigende bijniercrisis bij acute deficiëntie (zwakte, nausea, koorts, shock), weinig energie, gewichtsverlies	Hypotensie, hypoglykemie, hyponatriëmie, myopathie, anemie, eosinofilie
Schildklierhormonen	Weinig energie, neuropsychiatrische problemen, gewichtstoename	Bradycardie, hypotensie, myopathie, veranderingen van huid, haar en stem

Naar: Schneider HJ, Kreitschmann-Andermahr I, Ghigo E, et al. JAMA 2007;298(12):1429-38.

Tabel 1: Klinische consequenties van enkele hypofysedeficiënties.

als de lever. Letsels van de hypothalamus, de hypofysesteel en de hypofyse zelf kunnen hypopituitarisme uitlokken.

Vooraf de aanmaak van groeihormoon, gonadotrofines (LH/FSH) en ACTH is gevoeliger voor trauma en subarachnoidale bloeding (4).

Symptomen van hypopituitarisme

De symptomen staan in functie van de aangetaste hormonen. Tabel 1 somt de kenmerken van verminderde productie van groeihormoon, LH/FSH, ACTH en TSH op. Letsels van de neurohypofyse kunnen door wegvallen van ADH-secretie tot *diabetes insipidus* leiden.

Screenen naar hypofysedisfunctie

Een disfunctie van de hypofyse kan in veel gevallen voorbijgaand aanwezig zijn in de vroege fase na het trauma of de subarachnoidale bloeding. Hypopituitarisme kan zich echter ook over verschillende weken of maanden na een hersenletsel ontwikkelen. In de acute fase is het vooral belangrijk om bijniersufficiëntie uit te sluiten vermits die levensbedreigend kan zijn (Tabel 1).

Een groep Europese en Amerikaanse experts heeft enkele jaren geleden een consensus geformuleerd over screening op hypopituitarisme na een traumatisch hersenletsel. Die stelt dat screening nodig is bij alle matige tot ernstige traumatische hersenletsels. Elke arts, van de neurochirurg tot de huisarts (zie kadertekst), kan de patiënten screenen. Een goede communicatie hierover tussen verschillende behandelende artsen is belangrijk (4).

Tussen drie en zes maanden na het hersenletsel zouden alle patiënten een zorgvuldige screening voor klinische tekenen van hypopituitarisme moeten ondergaan. In het bijzonder is aandacht vereist voor verlies van secundair haar, nieuw ontstane oligomenorroe of amenorroe, verminderd seksueel functioneren, gewichtsverandering, polydipsie, tekenen van bijniersufficiëntie of een slecht herstel. Gezien verwarring met andere symptomen van een hersenletsel gemakkelijk gebeurt, dient de drempel voor een endocrinologisch bilan laag te zijn (5).

De screeningstesten die in de consensus worden aanbevolen, omvatten een ochtendlijke bepaling van cortisol, vrij T3, vrij T4, TSH*, IGF-1, FSH, LH, testosteron (bij mannen), 17- β -oestradiol (β -E2, bij vrouwen) en prolactine. De bepaling van urinair vrij cortisol op urine verzameld over 24 uur behoort hier ook toe. Bij polyurie dient de diurese gemeten te worden, net als de urinedensiteit, de natriëmie en de osmolaliteit van het plasma (4).

IGF-1 (*insulin-like growth factor 1*) is het hormoon dat de lever aanmaakt onder invloed van groeihormoon en dat het grootste deel van het effect van groeihormoon voor zijn rekening neemt. Groeihormoon en IGF-1 zijn voorspellende factoren voor de functionele en cognitieve prognose na een traumatisch hersenletsel (6).

Patiënten met hypopituitarisme hebben substitutietherapie met de deficiënte hormonen nodig. Een adequate hormoonsubstitutie kan over het algemeen de symptomen van hypopituitarisme omkeren en risico's die ermee verbonden zijn, tenietdoen (5).

Conclusie

Hypopituitarisme is een frequente en mogelijk ernstige complicatie van traumatische hersenletsels en subarachnoidale bloedingen. De aandoening is echter behandelbaar. Een grotere alertheid voor deze aandoening bij alle artsen die deze patiënten opvolgen, is nodig om de patiënten op te sporen en ze tijdig correct te behandelen. Die behandeling verbetert het herstel, de revalidatie en de levenskwaliteit van de patiënten (5).

Wat kan de huisarts doen?

Randall Urban (Texas) geeft in een publicatie uit 2006 ook enige tips voor de huisarts (7).

Een arts in de eerste lijn kan screenen op disfuncties van de anterieure hypofyse met behulp van een zorgvuldige anamnese, lichamelijk onderzoek en een bepaling van enkele hormonen in het serum. Het gaat dan om vrij T4, TSH, FSH, cortisol, prolactine en IGF-1 (*insuline-like growth factor-1*). Bij menstruerende vrouwen is geen bijkomende bepaling van gonadotropines noodzakelijk. Bij mannen is ook een bepaling van totaal testosteron aangewezen. Prolactine dient zowel bij mannen als vrouwen gemeten te worden. De concentraties van vrij T4 en TSH testen de schildklieras. Een meting van cortisol 's ochtends kan significante bijniersufficiëntie opsporen. Indien één van deze bepalingen afwijkende waarden oplevert, dan is doorverwijzing naar een endocrinoloog nodig. Dit is ook het geval indien de serumconcentratie van IGF-1 onder de normale waarden voor leeftijd en geslacht ligt.

Bron: Urban RJ. Hypopituitarism after acute brain injury. Growth Hormone & IGF Research 2006;16:S25-S29.

U vindt in dit nummer een poster die u kunt ophangen in uw wachtzaal. Zo zijn uw patiënten steeds geïnformeerd.

* Noot: In België geldt voor screening een terugbetaling van maximum 2 van de 3 schildklierhormonen (vrij T3, vrij T4 en TSH). Als 1 test afwijkend is wordt een extra test terugbetaald.

Referenties

1. Tagliaferri F, Compagnone C, Korcic M, et al. Acta Neurochir 2006;148:255-68.
2. Schneider HJ et al. The Lancet 2007;369:1461-70.
3. Benwanga S, Campenni A, Ruggieri RM, et al. J Clin Endocrinol Metab 2000;85:1353-61.
4. Chigo E, Masel B, Ainsworth G, et al. Brain Inj 2005;19(9):711-24.
5. Schneider HJ, Kreitschmann-Andersmahr I, Chigo E, et al. JAMA 2007;298(12):1429-38.
6. Bondanelli M, Ambrosio MR, Cavazzini L, et al. J Neurotrauma 2007;24:1687-97.
7. Urban RJ. Growth Hormone & IGF Research 2006;16:S25-S29.

Voor meer informatie:
vzw Whiplash
info@vzw-whiplash.be
www.vzw-whiplash.be



Ter extra verduidelijking volgt een publicatie betreffende deze WAD problematiek zoals verschenen in de arts- en specialistenkrant in 2010:

" Whiplash, een hersentrauma...? " Bron : Pfizer Endocrine Care

Whiplash, een hersentrauma...?

Auto-ongeval, sportblessure, val... Een letsel van de cervicale wervelzuil, beter bekend als whiplash, is geen zeldzaamheid in de klinische praktijk. Meestal herstelt de patiënt na enkele weken of maanden. Maar in enkele gevallen kan een verwikkeling aanwezig blijven. De diagnose stellen is dan de boodschap.

Naar schatting worden in België jaarlijks meer dan twintigduizend personen slachtoffer van een hersentrauma. Een groot aantal daarvan blijft sequela's houden, die min of meer invaliderend zijn. Andere herstellen op enkele weken of maanden.

Hypofysaire insufficiëntie

De laatste jaren echter hebben verschillende studies aangetoond dat men bij 35% van deze patiënten een post-traumatische hypofysaire insufficiëntie kan aantreffen, met alle endocriene verwikkelingen vanden. Spijtig genoeg wordt de diagnose vaak laatstijdig gesteld. Intussen

gaat de patiënt in het beste geval door voor een psychosomatisch, in het slechtste geval voor een simulant.

Welke symptomen?

Gezien het aanzienlijke aantal hormonale assen waarin de hypofyse een rol speelt (zie tabel) kunnen de symptomen van hypofysaire insufficiëntie zeer divers zijn. Een geduchte acute verwikkeling is de bijniercrisis, uitgelokt door een stopzetting van de ACTH secretie. De weerslag van een FSH/LH insufficiëntie op de seksuele functies is goed herkenbaar bij de vrouw (oligomenorree, amenorree). De symptomen kunnen echter ook een verminderde

Eén derde van de gevallen

Hypofysaire insufficiëntie, geïsoleerd of in combinatie, is een klassieke, gekende verwikkeling van een sub-arachnoidale bloeding. Ze treft bijna één patiënt op twee (48%). We weten vandaag dat deze verwikkeling eveneens voorkomt bij 35% van de patiënten die slachtoffer worden van een hersentrauma.

inspanningstolerantie, osteoporose of seksuele dysfuncties omvatten.

Een TSH-insufficiëntie levert de symptomen van een hypothyroidie op. En bij een tekort aan groeihormoon kan de patiënt ondemeer een afname van vetvrije lichaamsmassa, dyslipidemie, obesitas, of een gebrek aan energie (anergie) vertonen.

waarbij men naar de hoger vermelde symptomen vraagt, een zorgvuldig klinisch onderzoek en een reeks endocriene testen, waaronder het ochtendcortisol, vrij T4 en TSH, IGF-1 en tenslotte ook FSH, LH en prolactine.

Bloedafname voor opsporing van hypofysaire insufficiëntie

TSH • vrij T4 • Cortisol (ochtend) •
LH • FSH • Testosteron •
Somatomedine C (IGF-1)

Tabel : Belangrijkste hormonen, vrijgesteld door de hypofyse

Voorste lob	Achterste lob
ACTH*	Ocytocine
FSH/LH*	ADH
Prolactine	
TSH	
Groei hormoon*	

* De meest voorkomende endocriene stoornissen na een hersentrauma zijn een verminderde productie van ACTH, gonadotrofinen (FSH/LH) en groeihormoon.

Het ochtendcortisol evalueert de bijnierfunctie, terwijl het vrij T4 en het TSH de hypofysaire bijnierassens evalueren. IGF-1 (insulin-like growth factor-1) is een hormoon dat aangemaakt wordt door de lever onder invloed van het groeihormoon en dat verantwoordelijk is voor de meeste effecten van dit hormoon. Bij mannen voegt men hieraan nog een bepaling van het totale testosteron toe. Bij vrouwen voert men een bepaling uit van de gonadotrofinen indien er stoornissen van de menstruatiecyclus optreden.

Bij afwijkingen in één van deze bepalingen is een verwijzing naar een endocrinoloog aangewezen. Dat is nodig om de endocriene tekorten te verduidelijken en om de patiënt een efficiënte behandeling voor zijn hypofysaire insufficiëntie te kunnen voorstellen.

Concept : Roulesta Media

Aangewezen opsporing

We zien dus dat de symptomen divers kunnen zijn, soms weinig pathognomonisch, maar dat ze de levenskwaliteit van de patiënt aanzienlijk kunnen aantasten en zelfs zijn vitale prognose in het gedrang kunnen brengen. Vandaar dat de specialisten pleiten voor het systematisch opsporen van een mogelijke hypofysaire insufficiëntie bij elke patiënt die slachtoffer wordt van een hersentrauma. Deze opsporing verloopt via een anamnese,

Te onthouden

- 35% van de patiënten kunnen een hypofysaire insufficiëntie oplopen na een hersentrauma
- de symptomen verminderen de levenskwaliteit van de patiënt en kunnen zijn vitale prognose in het gedrang brengen.
- De opsporing verloopt via een anamnese, een klinisch onderzoek en een bloedafname, en kan uitgevoerd worden door de huisarts.

Referenties: Benavente G, Compagni A, Ruggieri FM, et al. J Clin Endocrinol Metab 2000;80:1200-01. • Bordenet M, Ambrosio MR, Cavazzini L, et al. J Neurotrauma 2007;24:1667-67. • Ghigo E, Massi S, Albrandt G, et al. Brain 2000;123:111-24. • Schneider HU et al. The Lancet 2007;369:1491-70. • Schneider HU, Kalladmann-Andersmeyer I, Ghigo E, et al. JAMA 2007;298(12):1429-35. • Taglienti F, Compagni C, Nicosi M, et al. Acta Neurochir 2005;148:259-66. • Urban RU. Growth Hormone & IGF Research 2000;10:523-533.

Voor meer informatie: Helga.Smets@pfizer.com of 02/554 64 69

Pfizer Endocrine Care



Hypofyse-insufficiëntie : te weinig herkend

In een voorgaand artikel vermeldde we reeds dat een niet onaanzienlijk deel van de patiënten met een hersentrauma daar een hypofyse-insufficiëntie aan overhoudt. We bespraken deze miskende sekswel met Professor Albert Beckers, diensthoofd endocrinologie aan het CHU Liège, en Dokter Herman Valdes-Socin, kliniekhoofd en klinisch vorser voor het NFWO.

Kunt u in het kort de functie van de hypofyse en de hypofysehormonen herhalen ?

Prof. Beckers: De hypofyse stelt meerdere hormonen vrij. De voorste hypofyse secreteert hoofdzakelijk groeihormoon, prolactine, hormonen van de gonadotrope as (FSH en LH), ACTH, dat de bijnier stuurt, en TSH, dat de schildklier controleert. De achterste hypofyse stimuleert dan weer de vochtretentie, via het antidiuretisch hormoon.

Stoornissen kunnen samenhangen met het geheel van deze hormonale systemen of slechts met enkele daarvan. En in tegenstelling tot wat men ziet in compressielesies, waar de somatotrope en gonadotrope as het kwetsbaarst zijn, bestaan er voor traumatische letsels geen echte regels.

Bij sectie van de hypofysestiel zijn de zaken duidelijk: men stelt een scherpe



Prof. Albert Beckers: Zowel voor de huisarts als voor de specialist is het belangrijk de klachten van de patiënt ernstig te nemen en altijd voor ogen te houden dat een patiënt die een hersentrauma oploopt een hypofyse-insufficiëntie kan krijgen.

Hoe valt te verklaren dat de diagnose bij deze patiënten volledig gemist wordt ?

Prof. Beckers: Deze patiënten hebben nog niet genoeg hormonen om te kunnen overleven – maar die overleving is van slechte kwaliteit. De aantasting van hun cognitieve functies wordt geweten aan de hersenschudding, een eventuele situatie van vergoeding, depressie, stopzetting van de arbeid, enz. Dat betekent helaas ook een uitstel van de juiste diagnose: hypofyse-insufficiëntie.

Kan men de incidentie van deze niet-gediagnosticeerde gevallen evalueren ?

Prof. Beckers: Er bestaan verschillende studies terzake. Bij patiënten met een schedeltrauma die een comotio hadden zou er in 5 tot 20% van de gevallen een hypofyse-insufficiëntie aanwezig zijn. Uiteraard is het dus zeker niet. Bovendien beschikken we nog maar zeer kort over studies terzake. Weliswaar is deze pathologische entiteit reeds lang gekend op anatomisch vlak, maar in de praktijk was er niemand die deze verwikkelingen opspoort na acuut trauma's. Pas vanaf het einde van de jaren '90 en het begin van de jaren 2000 zijn bepaalde endocrinologen dit probleem systematisch beginnen te gaan.

val vast van alle betrokken hormonen, met uitzondering van het prolactine, dat verhoogd (door het wegvallen van de negatieve hypothalamische controle). De diagnose is dan duidelijk en men kan ze reeds in de acute fase stellen.

De situatie is heel daarentegen heel wat minder evident bij afwezigheid van diabetes insipidus. De effecten van de verschillende insufficiënties zijn immers niet altijd van meet af aan zichtbaar, zeker omdat de mate van insufficiëntie kan variëren. Nog onlangs zag ik een patiënt die jaren geleden een auto-ongeval meemaakte, en een zware hypofyse anterior insufficiëntie vertoonde, met sterke aantasting van zijn levenskwaliteit, zonder dat de insufficiëntie ooit gediagnosticeerd werd.

Te onthouden

- Deficiëntie van de hypofyse anterior :
- komt voor bij 5 tot 20% van de patiënten, twee of drie maanden na een schedeltrauma, en moet dus actief opgespoord worden
- kan het herstel van de patiënt in het gedrang brengen, niet alleen op korte termijn, maar ook op lange termijn
- is gemakkelijk te verhelpen met een substitutiebehandeling, die een normale endocriene functie kan herstellen bij deze patiënten.

Welke klinische symptomen moeten de aandacht trekken ?

Prof. Beckers: Bij de opname in het ziekenhuis is er niet noodzakelijk een uitgesproken hypofyse-insufficiëntie aanwezig. Bovendien kan het deficit optreden na een variabel interval, verschillende weken tot verschillende maanden na het oorzakelijke trauma. In bepaalde gevallen tenslotte is het deficit niet constant en kan de patiënt min of meer volledig herstellen.

De patiënt kan cognitieve stoornissen vertonen, vermoeidheid, en alle tekens die samenhangen met de verschillende hormonale tekorten: hypotensie, vermagering, haaruitval, droge huid, koudegevoel enz. De diagnose van een gediagnosticeerde groeihormoon insufficiëntie is minder eenvoudig: men stelt een wijziging vast van de lichaamssa-

menstelling, met een toename van de vetmassa, vermindering van de spierkracht, vermoeidheid, en afname van de slaapwaliteit. Men stelt ook een afname van het libido vast, dat men niet ten onrechte mag toeschrijven aan vermoeidheid.

De symptomen zijn dus niet bijzonder pathognomonisch. De patiënten lijden, maar krijgen doorgaans te horen dat het om een psychologisch probleem gaat. Vandaar dat het belangrijk is, zowel voor de huisarts als voor de specialist, om de klachten van de patiënt ernstig te nemen en altijd voor ogen te houden dat een patiënt die een hersentrauma oploopt aan een hypofyse-insufficiëntie kan lijden.

Interview door Dr. A. Dehaye
Concept: Roultre Media

Bloedafname voor het opsporen van hypofyse-insufficiëntie

- TSH (*)
- Vrij T4
- Cortisol (ochtend)
- LH
- FSH
- Testosteron
- Somatomedine C (IGF-I)

Opgelet voor vals-negatieven:

De kliniek is essentieel: bij symptomen die doen denken aan insufficiëntie is een negatieve bloedanalyse onvoldoende om de diagnose van hypofyse-insufficiëntie uit te sluiten. Men moet de patiënt dus verwijzen naar een endocrinoloog, die de hypofysefunctie kan evalueren met behulp van gespecialiseerde uitlokkings testen.

(*) Een dosering van TSH afwezig, zoals soms gebeurt, is onvoldoende om een diagnose van secundaire hypothyreoïdie te stellen.

Wat op het spel staat: een normaal leven voor de patiënt

Patiënten met een hypofyse-insufficiëntie hebben een lange weg af te leggen: reanimatie, neurochirurgie, revalidatie, expertise-artsen, enz. En vaak stelt niemand in dit hele traject zich vragen over de hormonale functies.

Dr. Valdes-Socin: We hebben het geval gekend van een patiënt van 18 jaar, een enthousiaste triathlon beoefenaar, die geraakt werd door een auto toen hij met de fiets reed. De patiënt maakte een coma mee, doorkippte alle stadij van reanimatie, revalidatie, enz... Pas bij een nieuwe ziekenhuisopname voor koorts en hypotensie vond uiteindelijk een hormonaal onderzoek plaats. Dat toonde een aantasting van alle hor-

monale assen. De hypotensie hing samen met een bijnierinsufficiëntie. Bij het klinisch onderzoek viel de afwezigheid van schaamhaar op. Na ondervraging bleek ook dat de patiënt zich niet langer schoor. Er bestond dus duidelijk een hypogonadisme, en niettemin hadden de talrijke artsen die de patiënt opvolgden de diagnose gemist. Nochtans staat er veel op het spel: los van zijn neurologi-

sche sekswel kan de patiënt met een gepaste substitutietherapie geleidelijk aan weer een actief leven gaan leiden. Bij een patiënt zonder neurologische aantasting kan een behandeling een normale hypofysefunctie herstellen, via substitutie met groeihormoon, cortisol, schildklierhormonen en geslachtshormonen. Dat betekent dat de patiënt dank zij de hormonale substitutiebehandeling opnieuw



Dr. Herman Valdes-Socin: "Dankzij de hormonale substitutiebehandeling kan de patiënt opnieuw een sociaal en actief leven gaan leiden."

een sociaal en actief leven kan gaan leiden. Opnieuw aan het werk gaan, maar ook aan een toekomst gaan denken, aan kinderen, enz.

Dr. R. D.

Patiënten: H. Valdes-Socin et al. Hypofysehypofyse consultatie voor endocriene aandoeningen: de traumatische oorsprong van de hypofysehypofyse insufficiëntie en de hypothalamische oorsprong van de hypofysehypofyse insufficiëntie. Rev Med Liège 2009;64:457-463.

Voor meer informatie: Helga.Smets@pfizer.com of 02/554 64 69

Pfizer Endocrine Care

